Ueber das

Verhältnis des Blutverlustes bei normalen Geburten bei der rein exspektativen und der Expressionsmethode.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der hohen medicinischen Facultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. F. Winckel

vorgelegt von

Girok Asayama

prakt. Arzt aus Yokohama in Japan

z. Z. Volontärarzt a. d. kgl. Universitäts-Frauenklinik München.

München.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

1889.

Ueber das

Verhältnis des Blutverlustes bei normalen Geburten bei der rein exspektativen und der Expressionsmethode.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der hohen medicinischen Facultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. F. Winckel

vorgelegt von

Girok Asayama

prakt. Arzt aus Yokohama in Japan

z. Z. Volontärarzt a. d. kgl. Universitäts-Frauenklinik München.

München.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

1889.

Der Aberglaube, welcher in der Geburtshilfe mehr als in einem anderen Zweige der Medicin eine Rolle spielte und für manche Massregel, manche Vorschriften direct bestimmend war, hat auch in der Behandlung der III. Geburtsperiode in früher Zeit zu Anschauungen geführt, welche mit unseren heutigen nicht übereinstimmend zu den überwundenen Standpunkten gehören.

Wenn man von den geschichtlich weniger verbürgten Gebräuchen der Urvölker absieht und sich lediglich auf Grund der ziemlich häufigen Beobachtungen von Sturzgeburten, oder solchen, welche ohne jegliche Hilfe verlaufen, die Frage nach dem ursprünglichen Verfahren bei Behandlung der Nachgeburtsperiode, vorlegt, so wird man zu dem Schlusse gelangen, dass die Behandlung ursprünglich eine rein exspectative gewesen sein wird.

Nach Ausstossung der Frucht wird die Kreissende, besonders wenn sie allein und ohne Hilfe, wie es ja vielfach der Brauch gewesen ist, niederkam, erschöpft und ermattet von der Geburtsthätigkeit für einige Zeit die ersehnte Ruhe genossen und auf diese Weise den spontanen Abgang der Nachgeburt abgewartet haben.

Vielleicht hat die Halbentbundene aber auch bei grösserer Schmerzhaftigkeit des Unterleibes infolge interner Haemorrhagien unwillkürlich mit der Hand nach den schmerzhaften Stellen gegriffen und hierdurch Contraction der Gebärmutter erzeugt, welche wiederum in ihren Effect durch die Bauchpresse erhöht wurden.

Das ursprünglichste Verfahren wird also ein rein passives,

abwartendes gewesen sein, man wird der Natur die Austreibung des Mutterkuchens überlassen haben.

Allein die grossen Gefahren der III. Geburtsperiode, die atonischen Blutungen werden doch mit der Zeit zahlreich genug aufgetreten sein, um zu den ersten Versuchen einer mehr activen Methode zu führen. Und wenn auch die extremen Auswüchse des Grundgedankens, dass die Blutung mit der noch in der Gebärmutter zurückgebliebenen Placenta in Zusammenhang stehen, zu dem längst verlassenen Aberglauben Veranlassung gaben, die Nachgeburt sei ein dem mütterlichen Organismus äusserst schädliches Etwas, welches sofort eliminirt werden müsste, so haben sich doch aus derartigen Ursprüngen ganz bestimmte Methoden des activen Verfahrens bei Behandlung der Placentenperiode herausgebildet.

Beide Behandlungsmethoden, die active sowohl, wie die passive werden deshalb in primitiven Zuständen zu allen Zeiten Vertreter und Anhänger besessen haben.

In Japan wurde nach Angaben von Kagawa in den ältesten Zeiten bei Ausstossung der Placenta ein rein passives Verfahren beobachtet.

Nach der Geburt des Kindes wurde die Nabelschnur zunächst in einer Entfernung von 3—4 Sun = 10—12 cm vom Kinde aus gerechnet unterbunden und abgeschnitten.

Das Durchschneiden der Nabelschnur erfolgte in der Regel durch scharfe Geräthe, Porzellanscherben, Bambusspähne, nur in reichern Familien mit Messern aus Gold oder Silber, da dem Eisen ein schädlicher Einfluss auf Wunden zugeschrieben wurde.

War die Abnabelung der Frucht erfolgt, so wurde ein schwerer Gegenstand, meistens ein Stein an das andere Ende der Nabelschnur gebunden, oder dieselbe an die Hüfte der Kreissenden befestigt, weil im Volke der Glaube bestand, dass sich der Mutterkuchen zusammenziehe, und infolge dessen die Nabelschnur in die Gebärmutter zurückgleite, worauf dann eine Entfernung der Nachgeburt unmöglich wäre. Von diesem lediglich auf Aberglauben beruhenden

Brauche wurde erst seit Kagawa, welcher den Irrthum der zu Grund liegenden Ansicht darlegte, abgesehen.

Jedoch vollständig konnte sich auch dieser Geburtshelfer von der bestehenden Annahme nicht trennen, das beweist dessen im weiteren zu beschreibende Methode der Entfernung der Nachgeburt ganz deutlich.

Die weitere Behandlung der Halbentbundenen war in der Regel eine rein exspectative; selbst wenn die Placenta längere Zeit im Uterus zurückblieb, so wurde darin noch keine Gefahr für die Kreissende gesehen. Als Grund für ein längeres Zurückbleiben der Placenta wurde einmal eine natürlich vorhandene Schwäche der Frau, oder eine infolge schwerer, lang andauernder Geburt aquirirte Erschöpfung angenommen. In beiden Fällen wäre nach Kagawa die sofortige Entfernung der Placenta eine im höchsten Grade gefährliche Operation.

Eine Gefahr bei längerem Verweilen der Placenta träte erst dann ein, sobald sich Maceration einstellte, dann wäre aber die Herausbeförderung dringend nothwendig.

Unter diesem Gesichtspunkte war es nach den Beobachtungen Kagawas ungefährlich, wenn der Mutterkuchen im Sommer 1 Tag, im Winter aber 2—4 Tage im Uterus zurückblieb, erst nach diesem Zeitraum zeigten sich Symptome von Fäulniss und Maceration.

Sobald die angegebene Zeit verstrichen war, ohne dass die Nachgeburtsperiode durch die Naturkräfte spontan beendet war, dann war die operative Entfernung dringend indicirt.

Maceration und faulige Zersetzung der Placenta bildeten also die eine Indication, das exspectative Verfahren zu verlassen, die andere Veranlassung hierzu bildeten atonische Blutungen.

Für die Entfernung der Placenta galten nach den ältesten Ueberlieferungen in Japan, wie ja bei vielen Völkern, die Regel, durch Zug an der Nabelschnur und allmähliges Eingehen mit der Hand an der Nabelschnur entlang bis zum Mutterkuchen denselben theils manuell, theils durch Zug zu lösen und zu entwickeln.

Von dieser alten Vorschrift weicht Kagawa wesentlich ab, indem er nur äussere Manipulationen anwendet und gewissermassen durch eine Verstärkung der vis a tergo die Loslösung und Austreibung der Placenta herbeizuführen sucht.

War jedoch die Austreibung der Placenta durch derartige äussere Handgriffe unmöglich, so wandte Kagawa noch ein eigenes Verfahren an, die sogenannte Hakenoperation, wobei derselbe mit einem stumpfen Haken in den Uterus einging, sich an dem Mutterkuchen anhakte und denselben allmählig herauszog. Diese instrumentelle Entfernung und deren Einzelheiten scheinen jedoch von Kagawa als Geheimniss ängstlich behütet worden zu sein, derselbe erklärte die ganze Methode in seiner Schrift für derartig complicirt und schwierig, dass sie weder schriftlich noch mündlich dargestellt werden könne.

Die Operation würde auch von ihm nur in den dringendsten Fällen angewendet, sobald äussere Handgriffe noch wiederholte Anwendung keinen Erfolg erzielt hätten.

Die Methode dieser äusseren Manipulationen soll nach den Ueberlieferungen darin bestanden haben, dass der Arzt die Rückenseite der Patientin knetete und mit der flachen Hand von beiden Lumbalgegenden nach vorn strich, diese Massage aber nicht über die Mamillarlinie beiderseits weiter ausdehnte, um ein Kneten des Bauches zu verhindern.

Dasselbe würde nach Ansicht Kagawas Contractionen der Gebärmutter und der noch in ihr befindlichen Placenta zur Folge gehabt haben, wodurch diese selbst sich einschliesslich der Nabelschnur in den Uterus zurückziehen und dadurch die Ausstossung unmöglich werden würde.

Bei atonischen Blutungen lautete neben der soeben beschriebenen Methode der Entfernung der Placenta die Vorschrift dahin, durch möglichst engen und festen Schluss der Oberschenkel, der noch dadurch erhöht wurde, dass der Geburtshelfer vor der Kreissenden sitzend mit seinen eigenen Knieen diejenigen der Halbentbundenen zusammenpresste,

Vulva und Vagina gewissermassen zusammenzudrücken und auf diese Weise zu comprimiren.

Diese Regeln zur Behandlung der III. Geburtsperiode, welche Kagawa vor ungefähr 125 Jahren in seinem geburtshilflichen Werke aufgestellt, gelten mit geringen Modificationen noch heute in Japan. Es wird der exspectativen, abwartenden Methode für die Ausstossung der Placenta der Vorzug gegeben und nur bei strikter Indication ein actives Verfahren jetzt auch in Japan der Credésche Handgriff angewendet.

Die vielfachen Einwände, welche in Europa von den Anhängern der einen oder andern Methode, speciell dem Credéschen Handgriff gegenüber geltend gemacht werden, finden desshalb auch in Japan Prüfung und Berücksichtigung. Die Leichtigkeit und Gefahrlosigkeit der Expression der Placenta nach Credé hatte diesem Verfahren schnell Eingang und Aufnahme verschafft, jedoch zu schnell und ohne gehörige Prüfung, so dass auch hier die Reaction nicht ausbleiben konnte und demnach dieselbe Erscheinung zu Tage trat, wie es in der operativen Gynaekologie bei den Laparotomien nach Einführung der Antisepsis der Fall war.

Von den verschiedenen Streitpunkten, welche bei Behandlung der III. Geburtsperiode zu Gunsten der einen oder anderen Methode hervorgehoben werden, möge hier nur der eine Berücksichtigung finden, nämlich das Blutquantum, welches bei Lösung der Placenta für die Mutter verloren geht, sei es bei spontaner oder künstlicher Beendigung dieser Geburtsperiode.

Zur genauen Fixirung der hierbei auftretenden Differenzen wird deshalb in erster Linie: Das normale Blutquantum bei einer regelmässigen Entbindung zu berücksichtigen, d. h. der mittlere Blutverlust aus einer grossen Anzahl der Zeit nach regelmässigen und ohne alle Complicationen verlaufenen Geburten festzustellen sein. Im weiteren werden dann alle diejenigen Momente zu prüfen sein, unter welchen dieses normale Blutquantum bei vollkommen physiologischen Verhältnissen eine Steigerung oder Verringerung erfährt d. h. also eine Fixir-

ung der physiologischen Schwankungen der während der III. Geburtsperiode ausgetretenen Blutungen.

Der Feststellung dieser Werthe wird sich unter Berücksichtigung der beeinflussenden Momente in 3. Reihe die Untersuchung über das Blutquantum bei spontaner Lösung der Placenta oder Expression derselben anschliessen d. h. also der statistische Vergleich der activen und exspectativen Behandlung der III. Geburtsperiode unter dem Gesichtspunkte der Blutersparniss für den mütterlichen Organismus.

Bevor jedoch auf diese einzelnen Untersuchungen näher eingegangen wird, möge noch das Material, welches denselben zu Grunde liegt, die Art und Weise, wie dasselbe gewonnen wurde, in Kürze Erwähnung finden. Dasselbe entstammt den Journalen der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München und umfasst im Ganzen 1000 Fälle. Seit dem Jahre 1885 werden auf Anordnung des Herrn Geheimrath Winckel genaue Messungen über die während der III. Geburtsperiode aus dem Uterus entleerten Blutungen angestellt.

Dieselben werden in der Weise vorgenommen, dass der Halbentbundenen sofort nach Beendigung der Austreibungsperiode eine flache Schüssel untergeschoben wird, so dass alles absickernde Blut in dieselbe einfliessen muss.

Nach Ausstossung der Placenta wird die Schüssel mit ihrem ganzen Inhalt gewogen, hierauf die Placenta nach Abstreifen der auf der uterinen Fläche anhaftenden Coagula entfernt und das Gewicht der übriggebliebenen Massen von neuem bestimmt. Dasselbe giebt dann, da die Schwere der Schüssel bekannt ist, die Höhe des Blutquantums an, während die Differenz mit dem zuerst gewonnenen Gewichte der Schwere der Placenta entspricht. Die Zahl der auf diese Weise für die Untersuchung über den normalen Blutverlust gewonnenen, regelmässigen Fälle beziffert sich auf 575, wobei, wie schon hervorgehoben, unter den regelmässigen Fällen nur derartige zu verstehen sind, welche sich in der einer jeden Geburtszahl entsprechenden Durch-

schnittszeit abspielten und vollkommen ohne jede Complication verliefen.

Nach Zahl der Schwangerschaft geordnet ergiebt sich folgende Zusammenstellung:

Tafel I.

Der mittlere Blutverlust während der III. Geburtsperiode bei spontaner Beendigung derselben beträgt nach dieser Zusammenstellung bei 575 Fälle = 322 gr. und zwar

bei Erstgebärenden 275 gr.
„ Mehrgebärenden 335 gr.
„ Vielgebärenden 425 gr.

Das Blutquantum nimmt also mit steigender Geburtszahl zu und übertrifft bei Mehr- und Vielgebärenden um 60 resp. 150 gr. den mittleren Blutverlust der Erstgebärenden, es lässt sich daraus das Verhältniss aufstellen wie:

1 : 1,22. : 1,55.

Im Vergleich zu dem mittleren beträgt der durchschnittliche Blutverlust bei:

Tafel II.

Der durchschnittliche Blutverlust betrug bei den 575 Fällen 218168 = 380 gr. und zwar bei:

Erstgeb. 69420 = 356 gr.
Mehrgeb. 123968 = 382 gr.
Vielgeb. 24780 = 442,5 gr.

Es zeigt sich demnach auch bei Bestimmung des durchschnittlichen Blutquantums ein der Geburtszahl beinahe proportionales Ansteigen desselben, so dass dadurch die sich anschliessende weitere Frage nach den Einflüssen, unter welchen die normale Blutmenge eine Veränderung erfährt, in einem wichtigen Punkte bereits ihre Lösung findet.

Der Einfluss, welchen die Zahl der Schwangerschaft in dem gesteigerten Blutverlust erkennen lässt — derselbe ist bei Mehrgebärenden bereits um den 5. Theil erhöht — wird in erster Linie auf die bei Mehr- und Vielgebärenden constatirte grösseren Dimensionen der Placenta und hiermit ausgesprochen die grössere Flächenausdehnung der blutenden Stelle zurückzuführen sein.

Die Untersuchungen über Grössenausdehnung und Füllungsgrad von Placenten, welche seiner Zeit in hiesiger Klinik vorgenommen worden — vergl. Arch. f. g. B. XXX Heft 2 S. 38 — ergeben als Verhältniss der Grössenentwickelung der Placenta bei Erst- und Mehrgebärenden 1 : 1,2, die Placenten von Mehrgebärenden sind im Durchschnitt um 100 gr. schwerer als diejenigen Erstgebärender.

Wenn auch aus diesem Zahlenverhältniss noch nicht ein gleichbestimmtes für die Placentarstelle d. h. die Ausdehnung der blutenden Stelle herzuleiten ist, so weist doch die genaue Uebereinstimmung der gefundenen Zahlenwerthe mit den obigen auf einen causalen Zusammenhang hin und erklärt somit zur Genüge die unter erhöhter Zahl der Geburten gesteigerten Blutverluste während der Nachgeburtsperiode.

Als weiteres beeinflussendes Moment, welches hiebei in Frage kommt, ist das Alter der Mutter anzuführen, dasselbe möchte jedoch zum Theile auf dieselben Ursachen zurückzuleiten sein, als im ersteren Falle. Einmal werden die höheren Altersklassen vorzugsweise den höheren Geburtsklassen angehören, zum andern zeichnen sich, wie die einschlägigen Untersuchungen gezeigt haben, die Placenten alter Erst- und Mehrgebärenden durch grössere Dimensionen aus, als die jüngerer Individuen.

Der Einfluss des Alters zeigt sich in folgender Weise:

Tafel III.

So klar und deutlich auch bei höherer Zahl der Schwangerschaft der Einfluss derselben auf das Blutquantum hervortritt, so wenig hebt sich derselbe bei den verschiedenen einzelnen Altersklassen ab, ein solcher ist eigentlich nur bei Mehr- und Vielgebärenden deutlich erkennbar.

Hiermit stimmen auch die Resultate früherer Untersuchung überein, welche dem Alter eine weniger wichtige Rolle zuschreiben.

Der Zeitpunkt, bis zum welchen die spontane Ausstossung der Placenta beendet war und deren Verhältnis zum Blutverlust ergiebt sich im weiteren aus folgender Tabelle:

Tafel IV.

Es lassen sich aus dieser und der folgenden Tabelle nachstehende Schlüsse ziehen:

Einmal findet die spontane Ausstossung der Placenta bei Erstgebärenden langsamer statt und ist im Durchschnitt später beendet als bei Mehr- und Vielgebärenden.

Tafel V.

Zweitens ist der Blutverlust nur bei Erstgebärenden durch die Zeitdauer der III. Geburtsperiode merklich beeinflusst, jedoch nicht in fortgesetzt ansteigendem Sinne, bei einer Dauer 1—1½ Uhr erreicht der Blutverlust seine höchste Erhebung, die jedoch die obere Grenze des normalen Blutquantums nicht überschreitet, nach dieser Zeit nimmt die Menge wieder ab und bewegt sich in den Mittelwerthen.

Bei Mehr- und Vielgebärenden zeigen sich wenige und nur geringfügige Schwankungen, dieselben bewegen sich innerhalb der früher festgestellten physiologischen Breite.

In keinem Falle darf der Zeitdauer der III. Geburtsperiode ein dem Blutverluste proportional steigender Einfluss zugeschrieben werden.

Und hierin wäre bereits die Widerlegung dieses einen Streitpunktes, welche von Gegnern der exspectativen Verhältnisse bei Behandlung der Nachgeburtsperiode angeführt werden könnte, dass durch die active Methode dem mütterlichen Organismus mehr Blut erhalten würde, statistisch begründet. —

Es ist jedoch gewiss von Interesse den eben gefundenen Zahlenwerthen über spontane Beendigung der III. Geburtsperiode, die unter demselben Gesichtspunkte gesammelten Fälle von künstlicher Beendigung gegenüberzustellen.

Der Credé'sche Handgriff wurde bei ganz vollkommen regelmässig verlaufenen Geburten (Zur Demonstration Hebammenkurs u. Stud.) zu deren definitiven Beendigung 425 mal angewendet.

Tafel VI.

Das Verhältniss von Erst-, Mehr- und Vielgebärenden beträgt hiernach 1 : 1,1 : 1,11 d. h.

Erstgeb.	354,1
Mehrgeb.	400
Vielgeb.	401

Auch bei dieser Zusammenstellung tritt der Einfluss der erhöhten Zahl der Geburten auf die mit der Placenta abgehenden Blutmenge, wenn auch weniger markant als bei spontaner Beendigung, doch noch deutlich genug hervor.

Einen weiteren wichtigen Schluss gestattet der Vergleich dieser Zahlenwerthe bei activer Behandlungsmethode der III. Geburtsperiode mit demjenigen der exspectativen.

Die Angaben über den mittleren Blutverlust bei unmittelbar nach Ausstossung der Frucht angewandtem Credéschen Handgriff lauten sämmtlich höher als bei abwartendem exspectativem Verfahren. Und hierdurch kann einmal der schon oben ausgesprochene Satz, dass die Zeitdauer der III. Geburtsperiode ohne Einfluss auf den Blutverlust ist, eine weitere Stütze erfahren, dann aber möchte die Konsequenz dieser vergleichenden Statistik direct auf die richtigste physiologische Behandlungsmethode der Nachgeburtsperiode, die in gewissen Grenzen sich haltende exspectative, abwartende hinweisen, weil dieselbe den Naturkräften zur Entwickelung des natürlichen Mechanismus die nöthige Zeit gestattet, ohne dass dabei dem mütterlichen Organismus Schaden und dem Geburtshelfer der Vorwurf erwächst, in der Werthschätzung des natürlichen Verlaufs praktische Rücksichten vernachlässigt zu haben.

Am Schlusse dieser Arbeit möge es mir gestattet sein, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Winckel für die liebenswürdige Aufnahme in seine Klinik, die vielfachen Unterweisungen, sowie in diesem speciellen Falle für die Ueberlassung des gesammten klinischen Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Tafel I.

Geburtszahl	Fälle	mittl. Blutverlust	maximal. Grenze	minimal. Grenze
Erstgebärend . .	175	275 gr.	600 gr.	50 gr.
Zweitgebärend . .	150	315 „	675 „	45 „
Drittgebärend . .	92	345 „	765 „	75 „
Viertgebärend . .	54	343 „	766 „	80 „
Fünftgebärend . .	28	410 „	885 „	65 „
Vielgebärend . .	56	425 „	990 „	140 „

Tafel II.

Geburtszahl	Fälle	gesammt. Blutm.	durchschnitt. Blutm.
Erstgebärend	195	69420	356 gr.
Zweitgebärend	150	54650	364,3 „
Drittgebärend	92	35668	387,7 „
Viertgebärend	54	21860	420,4 „
Fünftgebärend	28	11790	421,1 „
Vielgebärend	56	24780	442,5 „

Tafel III.

Geburtszahl	15—20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—35 J.	36—40 J.
Erstgebärend .	63 F.=366,5	94 F.=356,3	31 F.=350	5 F.=320,5	2 F.=375
Zweitgebärend .	14„=375	66„=360,2	50„=356,1	15„=372	5„=250
Drittgebärend .	—	24„=330,4	48„=370,5	16„=300,2	4„=438
Viertgebärend .	—	12„=376,6	20„=454,5	15„=406	5„=400
Fünftgebärend .	—	2„=425	9„=380	11„=514,4	5„=530
Vielgebärend .	—	—	13„=440,7	15„=474,6	28„=515,3

Tafel IV.

Geburtszahl	1— 20 Minuten	20— 40 Minuten	40— 60 Minuten	1— 1½ Stunden	1½— 2 Stunden	2— 4 Stunden
Erstgebärend	40 F.=287,2	42 F.=359	31 F.=477	43 F.=502,7	27 F.=312,9	12 F.=258,7
Zweitgebärend	44 „ =326,5	28 „ =385,3	24 „ =372,9	30 „ =391	14 „ =353,5	10 „ =363,3
Drittgebärend	15 „ =284	21 „ =400	16 „ =356	23 „ =371,7	12 „ =303,3	5 „ =410
Viertgebärend	9 „ =411,1	13 „ =435,4	15 „ =413,3	6 „ =450	6 „ =416,6	3 „ =300
Fünftgebärend	7 „ =407,1	7 „ =395,7	8 „ =346,2	4 „ =475	1 „ =500	1 „ =500
Vielgebärend	12 „ =449,1	13 „ =325,4	16 „ =560,6	9 „ =394,4	3 „ =380	3 „ =233,3

Tafel V.

Bei Geburtszahl	während der 1. Stunde	während der 2. Stunde	Später
Erstgebärend	in 59 %	37 %	7 %
Zweitgebärend	„ 64 „	29,5 „	6,5 „
Drittgebärend	„ 56,5 „	38,1 „	5,4 „
Viertgebärend	„ 68,9 „	25,6 „	5,5 „
Fünftgebärend	„ 79 „	17 „	4 „
Vielgebärend	„ 73,2 „	21,4 „	5,4 „

Tafel VI.

Bei Geburtszahl	Fälle	gesammte Blutmenge	durchschnittl. Blutmenge
Erstgebärend	203	71862	354,1
Zweitgebärend	94	37250	396,3
Drittgebärend	52	22460	431,9
Viertgebärend	27	9255	342,7
Fünftgebärend	12	5450	454,1
Vielgebärend	37	14850	401,3